

大阪臨床整形外科医会 療法士会 入会申込書

私は、大阪臨床整形外科医会 療法士会の目的を理解し、入会申し込みをいたします。

申込日 年 月 日

フリガナ			
氏名			
年齢	歳	性別	男 女
フリガナ			
勤務先名 (所属)			
フリガナ			
勤務先住所	〒 都道 府県		
電話番号		FAX番号	
** Eメール			
職種			
資格取得年度			

* 上記内容の一部を名簿作成の際、使用させていただきます。

その際、氏名、勤務先、勤務先住所、電話番号、FAX、職種を掲載させて頂く予定です。
なお、メールアドレスは掲載致しません。

** 会との連絡がやり取りできるPCのメールアドレスを記載ください。

(職場がメール環境にない方はご自宅のメールアドレスでも結構です)

大阪臨床整形外科医会療法士会 事務局 FAX: 06-6396-6536